TITRES ET TRAVAUX

DE

J. VANVERTS

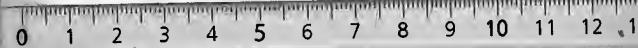
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898



TITRES

Externe des hôpitaux de Lille, 1889.

Externe des hôpitaux de Paris, 1891.

Interne provisoire, 1893.

Interne titulaire, 1894.

Moniteur de trachéotomie (Hôpital Trousseau), 1894.

Docteur en médecine, 1897.

Lauréat des hôpitaux de Paris.
- Accessit du concours de l'internat (second interne), 1894.
- Médaille d'argent du concours des prix de l'internat (chirurgie), 1897.

Membre adjoint de la Société anatomique, 1896.

Médaille de vermeil du Ministre de l'Intérieur (Typhus. Hôtel-Dieu), 1893.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.
Externat, 1894. — Internat, 1898.

ENSEIGNEMENT

Direction d'une conférence d'internat (En collaboration avec MM. MESLAY et O. PASTEAU). Hôtel-Dieu, 1894-1895.

Conférences et démonstrations pratiques d'anatomie, faites à l'Amphithéâtre des hôpitaux, 1895-1896.

Conférences cliniques, quotidiennes, aux stagiaires, sous la direction de M. le Dr CH. MONOD, à l'hôpital Saint-Antoine, 1896, 1897, 1898.

TABLE ANALYTIQUE

I. — ANATOMIE

II. — OBSTÉTRIQUE

III. — CHIRURGIE

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — ANATOMIE

Du trajet de la plèvre au niveau du bord inférieur du thorax. *Bull. de la Société de chirurgie*, 31 mars 1897, et *Revue de gynécol. et de chir. abdominale*, mai-juin 1897, n° 3, p. 509.

Les recherches que j'ai entreprises sur ce sujet, et dont le résultat a été communiqué à la Société de chirurgie par mon maître, M. le Dr Ch. Monod, ont abouti aux conclusions suivantes :

Le cul-de-sac costo-diaphragmatique n'a pas un trajet constant.

Au point de vue *anatomique*, on peut donner la description suivante qui répond au trajet le plus fréquent du cul-de-sac. Le cul-de-sac costo-diaphragmatique, ayant abandonné le bord du sternum, longe le 6e espace intercostal, croise le 7e cartilage costal à quelques millimètres en avant de la 7e articulation chondro-costale, la 8e côte près de la 8e articulation chondro-costale, les 9e et 10e côtes à deux ou trois centimètres en arrière des 9e et 10e articulations chondro-costales; il atteint ensuite la 11e côte à onze centimètres de la ligne des apophyses épineuses, à une distance de deux à quatre centimètres de l'extrémité antérieure de la côte.

Au point de vue *chirurgical*, il serait imprudent de se baser sur ce trajet moyen du cul-de-sac pleural. Étant donné qu'il s'agit de connaître ce qu'on peut enlever du rebord inférieur du thorax sans s'exposer à léser la plèvre, il faut tenir compte, pour éviter tout accident opératoire, de son trajet le plus bas.

La description chirurgicale de ce cul-de-sac sera donc la sui-

vante: Après avoir abandonné le bord du sternum et longé le 6e espace intercostal près du bord supérieur du 7e cartilage, le cul-de-sac croise le 7e cartilage costal à quinze millimètres en avant de la 7e articulation chondro-costale, le 8e cartilage à sept

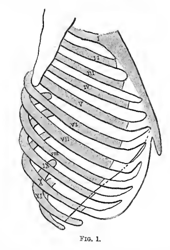


Fig. 1.

millimètres en avant de la 8e articulation chondro-costale, les 9e et 10e côtes à dix millimètres en arrière des 9e et 10e articulations chondro-costales; il atteint alors la 11e côte à vingt millimètres de son extrémité antérieure (fig. 1).

II. — OBSTÉTRIQUE

Ascite congénitale et dystocie fœtale consécutive. (En collaboration avec M. Ramond.) *Bull. Soc. anatomique*, 28 février 1896, p. 152.

L'ascite fœtale. (En collaboration avec M. Ramond.) *Rev. d'obstétrique et de pædiatrie*, mai-juillet 1896, p. 143.

L'ascite congénitale est une affection rare qui peut être une cause de dystocie fœtale. C'est au moment où le tronc doit être expulsé que la descente du fœtus s'arrête ; et, si l'ascite est abondante, l'expulsion ne se termine que si on ponctionne l'abdomen distendu.

La pathogénie de l'ascite fœtale est encore très obscure. Tantôt l'ascite est accompagnée d'épanchements séreux des plus variables, soit chez la mère et le fœtus, soit chez le fœtus seulement, tantôt elle existe seule à l'exclusion de toute hydropisie. Dans ce dernier cas on a trouvé et considéré comme cause de l'ascite, une lésion des reins, du péritoine, du foie (hépatite syphilitique, cirrhose atrophique). Nous avons observé une ascite fœtale pure coexistant avec une cirrhose hypertrophique non syphilitique, que nous avons rattachée à une origine infectieuse ou toxique.

III. — CHIRURGIE

VOIES RESPIRATOIRES

Plaie de la portion thoracique de la trachée, consécutive à une plaie du cou par un instrument tranchant et piquant. *Ann. des maladies de l'oreille, du larynx...*, mars 1893, p. 230.

La situation exceptionnelle de cette plaie trachéale s'expliquait par la direction toute spéciale que l'individu, voulant se suicider, avait donnée au couteau dont il s'était servi. Les gros vaisseaux de la partie supérieure du médiastin avaient été respectés.

Un cas de corps étranger dans la trachée chez un enfant de dix-huit mois. Trachéotomie. Guérison. (En collaboration avec M. Octave Pasteau.) *Bull. de la Soc. anat.*, 17 janvier 1896, p. 38, et *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1896, p. 27.

De l'intubation du larynx dans le croup. (En collaboration avec M. R. Meslay.) *Rev. mens. des malad. de l'enfance*, mars 1895, p. 118.

Ce travail est l'exposé des résultats obtenus par le tubage et la trachéotomie à l'hôpital Trousseau pendant les mois qui suivirent l'introduction du sérum antidiphtérique dans le traitement du croup. Les conclusions que nous formulions alors sont restées vraies et sont actuellement généralement adoptées. Les voici en quelques mots :

Le tubage ne peut être considéré comme le mode de traitement parfait et unique du croup. S'il doit être souvent employé et préféré à la trachéotomie, celle-ci reste malgré tout son auxiliaire

parfois indispensable et dans certains cas le procédé de choix. L'intubation, en effet, est une opération plus facile, elle expose moins aux rétrécissements de la trachée, ne détermine pas de cicatrice cutanée, et donne des résultats généralement bons dans le traitement du croup ; mais elle peut être insuffisante pour le rejet des fausses membranes trachéales, le tube peut s'obstruer ou être rejeté dans un effort de toux, et cet accident nécessite la présence constante d'un aide expérimenté auprès du malade.

Rôle de la trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 9 janvier 1896, p. 25.

Dans les accidents graves de l'anesthésie, la trachéotomie peut agir de deux façons différentes, soit en permettant l'accès de l'air dans le poumon dans les cas où les voies aériennes supérieures sont obstruées, soit en déterminant un réflexe qui réveille la respiration et la circulation, comme nous en avons observé un cas. A ce double titre, la trachéotomie constitue une méthode précieuse, à laquelle il faut recourir quand les procédés habituels ont échoué.

TUBE DIGESTIF ET SES ANNEXES

Le traitement antiseptique de la stomatite mercurielle. *Annales de médecine*, 12 décembre 1895.

La stomatite mercurielle étant une lesion essentiellement infectieuse, son traitement doit être basé sur l'emploi des antiseptiques. Au chlorate de potasse dont l'action est souvent nulle, on devra préférer le chloral, l'acide phénique, etc..., comme le prouvent les observations que nous avons rapportées.

Invagination intestinale. [Expulsion du boudin invaginé, sauf une partie du cylindre interne restée adhérente au mésentère et non gangrénée. *Bull. Société anatomique*, 10 mai 1895, p. 425.

Le boudin invaginé (fig. 2), qui comprenait les dernières anses

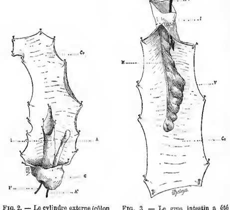


FIG. 2. — Le cylindre externe (côlon ascendant) du boudin a été sectionné dans presque toute son étendue par une incision longitudinale.

A, Appendice cæcal ; *A'*, stylet pénétrant dans l'orifice de l'appendice ; *Co*, côlon ascendant ; *C*, cæcum ; *I*, intestin grêle ; *I'*, stylet pénétrant dans l'intestin grêle par l'orifice iléo-cæcal.

FIG. 3. — Le gros intestin a été sectionné longitudinalement jusqu'au niveau du point où il est soudé à l'intestin grêle.

I, Intestin grêle ; *Co*, côlon ; *F*, flèche passant de la cavité de l'intestin grêle dans celle du gros intestin ; *V*, boudin intra-cæcal avec ses valvules conniventes et une portion du mésentère (*M*).

grêles, le cæcum et le côlon ascendant, fut expulsé spontanément

après une période d'occlusion intestinale complète, pendant laquelle des adhérences solides s'étaient établies entre l'intestin grêle et le gros intestin au niveau du collier de l'invagination. La mort étant survenue quelques jours plus tard à la suite d'une entérite, on constata que la portion postérieure du cylindre interne du boudin invaginé n'avait pas été expulsée et ne s'était pas mortifiée, grâce à sa continuité avec le mésentère (fig. 3). Malgré la persistance de cette partie du cylindre interne, les matières pouvaient passer du bout superieur de l'intestin dans le bout inférieur.

Phlegmon sublingual (angine de Ludwig) à pneumocoques. (En collaboration avec M. MACAIGNE.) *Presse méd.*, 29 juillet 1896, p. 360.

Le phlegmon sublingual (angine de Ludwig) se présente en général avec un caractère de septicité qu'il doit à la qualité des germes infectieux qui l'engendrent. On y trouve ordinairement le streptocoque et le staphylocoque qui proviennent de la cavité buccale.

Dans un cas de phlegmon sublingual nous avons trouvé le pneumocoque ; la virulence avait été suffisante pour déterminer une mort très rapide par septicémie.

Divers micro-organismes sont donc susceptibles de produire l'angine de Ludwig. Leur virulence extrême, qui est la cause principale de la gravité de cette affection, est probablement due aux associations microbiennes qu'on trouve notées dans la plupart des observations.

C'est aux saprophytes, qui coexistent avec les microbes pathogènes, que sont dues la fétidité des exsudats et la gangrène.

Perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde. *Bull. Société anatomique*, 20 novembre 1896, p. 797.

Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde. (En collaboration avec M. le Dr Ch. Monod.) *Revue de Chirurgie*, 10 mars 1897, p. 170.

La péritonite, qui succède à une perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde, est en général diffuse et exceptionnellement circonscrite. Sa gravité est considérable (90 à 95 p. 100 de mortalité), et bien douteux sont les cas de guérison spontanée.

Préconisée pour la première fois par Leyden en 1884 et mise en pratique l'année suivante par Lucke, la laparotomie pour péritonite consécutive à une perforation de la fièvre typhoïde a été faite actuellement 27 fois à notre connaissance. Nous en avons relaté un cas personnel (1).

Sur 17 cas d'intervention pour perforation typhique, nous avons noté cinq guérisons, soit une mortalité de 81,5 p. 100 (2).

Les lésions péritonéales étaient diffuses, sauf dans deux cas, où l'on obtint, du reste, la guérison. La mortalité de la laparotomie pour péritonite typhique *généralisée* s'élève ainsi à 88 p. 100.

Quatre des cas terminés heureusement concernent des perforations survenues tardivement; un seul se rapporte à une perforation produite pendant la période d'état de la dothiénentérie. On voit donc l'importance qu'acquiert le stade de la fièvre typhoïde où survient la perforation sur le pronostic de l'intervention.

Les faits montrent, en outre, la nécessité d'une opération précoce.

La mort, dont nous avons vu la fréquence, survient du fait de la continuation de la péritonite à laquelle s'ajoute l'intoxication générale antérieure, ou par suite de la production de perforations nouvelles.

(1) Le nombre des cas de laparotomie pour perforation typhique serait, d'après quelques statistiques, plus considérable que celui que nous indiquons; mais plusieurs cas notés comme concernant des perforations typhiques sont sujets à caution, et nous avons cru préférable de les éliminer, tout en en donnant un résumé.

(2) 77,5 p. 100, si l'on compte les cas dans lesquels les renseignements sont incomplets.

La laparotomie doit être conduite rapidement. L'incision sera en général faite sur la ligne médiane, la perforation obturée avec deux ou trois plans de suture, la cavité péritonéale lavée et drainée.

Bien que les résultats de la laparotomie ne soient pas très encourageants, surtout dans les cas de fièvre typhoïde à la période d'état, il faut y recourir toutes les fois que le malade semble capable de supporter l'opération, car c'est le seul moyen qu'on ait de le sauver.

Cancer latent de l'intestin. *Bull. Société anatomique*, 3 février 1893, p. 97.

Péri-appendicite suppurée. Perforation. Péritonite généralisée. *Bull. Société anatomique*, 22 février 1895, p. 137.

Il s'agit d'un cas de péritonite généralisée consécutive à la perforation d'un abcès péri-appendiculaire. Cette perforation fut probablement due aux contractions intestinales déterminées par l'ingestion d'un purgatif.

Appendicite à répétition. Perforation de l'appendice à la troisième attaque; péritonite généralisée. *Bull. Société anatomique*, 17 avril 1896, p. 280.

Cette péritonite généralisée, survenue dans une troisième attaque d'appendicite dans la grande cavité péritonéale, montre l'impossibilité de porter un pronostic de moins en moins grave, d'après la répétition des poussées appendiculaires, et la nécessité d'enlever l'appendice en dehors des crises quand on constate la persistance de lésions au niveau de cet organe.

De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite. (En collaboration avec M. Termet.) *Gazette des hôpitaux*, 9, 11, 16 et 20 mars 1897.

Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs faits d'appendicite dans

lesquels les symptômes douloureux et réactionnels étaient surtout ou uniquement développés dans la partie gauche de l'abdomen, nous avons constaté que l'attention n'avait guère été appelée de ce côté. De l'étude des 18 cas que nous avons trouvés disséminés dans la littérature médicale, nous avons tiré les conclusions suivantes :

Les raisons de la prédominance des signes à gauche sont de plusieurs ordres.

Dans certains cas, il s'est développé un abcès péri-appendiculaire à gauche, soit que le cæcum siège à gauche par suite d'une inversion ou d'un arrêt de migration, soit que, naissant à droite, il se prolonge anormalement de l'autre côté, s'y enflamme ou s'y perfore.

Dans un second ordre de faits, l'inflammation atteint un appendice normalement situé, et, bien qu'un abcès se soit développé autour de lui, il peut en exister un autre du côté gauche.

Il peut s'agir enfin d'une péritonite généralisée dont le maximum des lésions siège à gauche.

Dans quelques cas, la cause de la prédominance des symptômes à gauche reste inconnue.

On comprend sans peine les difficultés du diagnostic dans ces cas complexes. Dans la majorité des faits heureusement elles n'auront pas d'influence fâcheuse sur la conduite à tenir. En présence d'une péritonite généralisée d'origine quelconque, le seul traitement consiste à pratiquer la laparotomie, médiane ou latérale. Si les symptômes sont localisés à gauche on incisera en ce point et on se comportera comme dans toute ouverture d'abcès péritonéal circonscrit.

L'Appendicite. (En collaboration avec M. le Dr Ch. Monod.) Un vol. de l'Encyclopédie scientifique des *Aide-mémoire*, 1897.

Cette monographie a été écrite dans un but didactique. Il nous a semblé, en effet, que nous ferions ainsi œuvre utile à une époque où le grand nombre des travaux publiés, les opinions diverses et

souvent contradictoires, rendaient complexe et difficile l'étude des accidents liés à l'inflammation de l'appendice.

L'accord étant loin d'être fait sur certains points, nous avons été amenés, en nous appuyant sur les nombreux faits qu'il nous a été donné d'observer, à discuter et à essayer de résoudre quelques questions en litige.

C'est ainsi que l'étude de la pathogénie de l'affection nous a conduits à admettre : 1° des appendicites consécutives à une affection des voies digestives (appendicites par propagation); 2° des appendicites de cause locale (appendicites par cavité close due à un calcul stercoral, un corps étranger quelconque, une torsion, un étranglement, une sténose acquise ou congénitale de l'appendice); 3° des appendicites de cause générale.

En ce qui concerne la thérapeutique de l'appendicite, nous nous sommes déclarés éclectiques, et nous avons estimé, contrairement à l'avis d'un certain nombre de chirurgiens, qu'il n'existe pas qu'un seul mode de traitement de cette affection et que traitement médical ou traitement chirurgical doivent être employés de préférence suivant les circonstances.

Deux cas de rupture du foie. *Bull Soc. anatomique*, 2 octobre 1896, p. 628.

L'un de ces cas concerne une rupture très étendue du foie, ayant amené la mort par hémorrhagie en une heure et demie. Dans le second la mort ne survint qu'au bout de 24 heures et aurait pu être évitée par une intervention précoce.

Rupture du foie. *Bull. Société anatomique*, 12 mars 1897, p. 243.

Des ruptures du foie et de leur traitement. *Archives générales de médecine*, janvier 1897.

Les ruptures du foie ne sont graves que par leurs complications, dont la principale est l'hémorrhagie.

Leur diagnostic est parfois possible, mais souvent reste incertain pendant quelque temps. Le diagnostic des complications (hémorrhagie, péritonite, abcès du foie) est heureusement plus aisé.

Le traitement à instituer (abstention avec thérapeutique générale des contusions abdominales ou intervention) devrait donc être basé sur l'existence ou l'absence de ces complications. Mais dans la pratique, le problème est plus complexe; et, à la suite d'une contusion abdominale ou thoraco-abdominale, on reste fréquemment dans le doute au sujet de l'existence des lésions viscérales, intestinales ou autres.

Nous appuyant sur l'analyse de 22 cas de laparotomie pour contusion du foie, dont nous donnons le résumé et le tableau, nous nous rangeons à l'opinion des partisans de l'intervention précoce et systématique dans toutes les contusions abdominales. Cette pratique, qui a donné d'excellents résultats, est d'autant plus autorisée qu'elle s'appuie sur l'innocuité de la laparotomie exploratrice faite aseptiquement et rapidement dans les cas de ce genre.

De la résection du rebord costal pour la cure chirurgicale des collections sus-hépatiques. (En collaboration avec M. le Dr Monod.) *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, mai-juin 1897, p. 499.

La résection extra-pleurale du rebord costal permet, comme l'a montré M. le professeur Lannelongue, de découvrir largement la face convexe du foie et de traiter les collections suppurées ou kystiques de cette région. M. Lannelongue avait pu ouvrir par cette voie quatre collections tuberculeuses sous-phréniques ; M. Pantaloni avait par le même procédé incisé un abcès de la face supérieure du foie. Dans un cas, opéré par M. Ch. Monod, nous avons constaté tout le parti qu'on pouvait tirer de cette méthode dans l'ouverture des kystes hydatiques postéro-supérieurs du foie.

Nous avons à ce sujet fait quelques recherches cadavériques qui

nous ont permis de donner une description simple et précise de cette intervention, qui comprend les temps suivants :

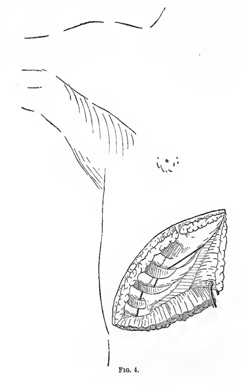


Fig. 4.

1° Incision de la peau et des parties molles sons-cutanées, partant de l'angle xipho-costal et se terminant sur le rebord costal au niveau de la ligne axillaire antérieure.

2° Libération de la face antérieure du rebord costal.

3° Section des cartilages costaux et des côtes : huitième cartilage à un centimètre de l'articulation chondro-costale correspondante, neuvième et dixième côtes au niveau des neuvième et dixième articulations chondro-costales ; écornement de l'angle arrondi formé par le septième cartilage costal (fig. 4).

4° Désinsertion des muscles (transverse et diaphragme), qui s'insèrent à la face profonde du volet réséqué (fig. 5).

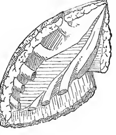


Fig. 5.

5° Section de la cloison formée par ces deux muscles.

6° Ouverture de la collection intra-hépatique après les précautions d'usage pour protéger la grande cavité péritonéale. Dans les cas de collections sus-hépatiques, ce sixième temps se confond avec le cinquième.

La méthode de la résection extra-pleurale du rebord costal est préférable : 1° à l'incision simple transpéritonéale ou abdominale de Landau, qui ne convient qu'aux lésions situées à la partie antérieure de la face convexe du foie ; 2° à la résection costale trans-

pleuro-péritonéale d'Israël, qui expose presque fatalement à l'ouverture de la grand cavité pleurale.

De la splénectomie. Thèse de doctorat. Steinheil, Paris, 1897.

De la splénectomie. Revue générale. *Gazette des hôpitaux*, 5 mars 1898.

En nous basant sur l'examen de 280 cas de splénectomie, dont treize inédits, nous avons pu discuter, à propos des différentes lésions de la rate, les avantages et les inconvénients de la splénectomie et aboutir à des conclusions assez fermes que nous nous bornons à rappeler ici.

La suppression des fonctions de la rate ne présente aucun danger pour l'homme et pour les animaux. Il est probable, mais non démontré, que les ganglions lymphatiques et la moelle osseuse remplacent la rate au point de vue de l'hématopoièse.

Les difficultés et accidents qu'on rencontre parfois au cours de la splénectomie sont presque toujours dus à l'existence d'adhérences périspléniques. Leur libération prolonge notablement l'acte opératoire et détermine fréquemment des hémorrhagies. Celles-ci se présentent dans certains cas (paludisme et surtout leucémie) avec des caractères graves d'abondance et d'incoercibilité. Aussi doit-on, en se basant sur ce fait, renoncer à enlever toute rate dont l'ablation paraît présenter des dangers sérieux et se contenter d'une exosplénopexie ou d'une laparotomie exploratrice dont l'influence peut être favorable. L'absence d'adhérences, que l'on reconnaît cliniquement par l'existence d'une mobilité plus ou moins considérable de la rate, et l'ectopie splénique constituent des facteurs très favorables à l'opération.

Les résultats que donne la splénectomie sont très encourageants, soit qu'elle supprime une rate blessée ou infectée, soit qu'elle enlève un kyste ou une tumeur. On peut dire qu'elle est, lorsqu'elle est praticable, supérieure à tous les procédés (ligature des vaisseaux spléniques, splénopexie, détorsion d'un pédicule tordu,

exosplénopexie) qui ont été proposés pour la remplacer et dont les indications sont représentées par les contre-indications de l'intervention radicale.

Les lésions traumatiques (plaies, ruptures, hernies) de la rate ont longtemps été considérées comme relevant seules de la splénectomie.

Cette opération est plus rarement indiquée dans les suppurations spléniques.

Elle est l'intervention idéale dans les kystes simples ou hydatiques.

Elle est indiquée dans tous les cas où une splénomégalie paludique, source de troubles intenses, a résisté au traitement médical, et elle semble avoir un rôle favorable sur l'infection palustre elle-même.

Dans les autres tumeurs ou hypertrophies chroniques de la rate, la splénectomie est susceptible de donner de bons résultats, mais elle ne doit être entreprise que si elle ne semble pas faire courir de dangers sérieux au malade.

L'existence de la leucémie vraie la contre-indique d'une façon absolue, sauf, peut-être, au premier stade de l'affection. Dans ce dernier cas, elle paraît capable de procurer quelque amélioration, mais jamais la guérison.

Le manuel opératoire ressemble à celui de l'ablation de toutes les grosses tumeurs abdominales. En raison de la hauteur, souvent considérable, du pédicule splénique, du volume des vaisseaux qu'il renferme et de la vascularisation des adhérences qu'on a pu déchirer, on prendra grand soin de pratiquer une hemostase sûre et complète au niveau de ce pédicule et de la loge splénique.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Tuberculose du rein gauche. *Bull. Société anatomique*, 12 mars 1897, p. 244.

Tuberculose suppurée du rein, ayant déterminé des hématuries abondantes et ayant amené la mort rapide malgré la néphrotomie.

Guérison d'une tuberculose du rein par transformation graisseuse totale de l'organe. (En collaboration avec M. le Dr MACAIGNE.) *Bull. Société anatomique*, 7 mai 1897, p. 405.

Torsion d'un testicule en ectopie. Éclatement de l'épididyme. (En collaboration avec M. le Dr MACAIGNE.) *Bull. Société anatomique*, 1er avril 1898.

Sous l'influence de l'augmentation de pression intra-épididymaire, due à la stase veineuse, l'épididyme avait éclaté, et du sang s'était épanché dans le canal péritonéo-vaginal.

Étiologie et pathogénie des orchi-épididymites aiguës et en particulier des orchi-épididymites d'origine uréthrale et non blennorrhagiques. (En collaboration avec M. MACAIGNE.) *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, août 1896, p. 673.

Le traumatisme (choc direct, effort) ne joue qu'exceptionnellement le rôle d'une cause déterminante dans la pathogénie des orchi-épididymites.

La pathogénie des orchites de cause générale et diathésiques est assez mal connue pour la plupart d'entre elles. Quelques-unes de ces orchites semblent être d'origine uréthrale, au moins dans certains cas (orchi-épididymites typhique et ourlienne).

L'infection ascendante d'origine uréthrale est la cause de beaucoup la plus fréquente des orchi-épididymites.

Les uréthrites dites traumatiques, gonococciques, non gonococciques (vénériennes ou non vénériennes) se compliquent, en effet, fréquemment d'inflammation orchi-épididymaire. Le groupe des orchi-épididymites d'origine uréthrale et non gonococciques augmentera certainement quand on prendra soin d'examiner au point de vue bactériologique le muco-pus des uréthrites, considérées a priori et parfois à tort comme gonococciques. C'est ainsi que nous avons observé un cas d uréthrite à bacille de Friedlander, compliquée d épididymo-folliculite suppurée, due au même microbe.

Le micro organisme de l'orchi-épididymite peut être différent de celui de l'uréthrite initiale. Il semblerait, d'après les recherches d'Hugonencq et Eraud, que l'épididymite dite gonococcique ne serait pas duc au gonocoque, mais à un microbe spécial, l'orchiocoque.

Observation de cancer du testicule. In JUNIEN LAVILLAUROY. *Contribution à l'étude anatomique des carcinomes du testicule.* Thèse de Paris, 1898.

Fibrome sous-péritonéal pédiculé de l'utérus et hématocèle rétro-utérine. *Bull. Société anatomique*, 13 novembre 1896, p. 753.

C'est probablement à la présence du fibrome implanté sur une corne de l'utérus qu'a été dû dans ce cas le développement de la grossesse extra-utérine.

Épithéliome polykystique bilatéral de l'ovaire. Rétention d'urine due à la compression de l'uréthre par une des tumeurs développée dans la cavité pelvienne. *Bull. Société anatomique*, 24 juillet 1896, p. 562.

Deux cas de kyste dermoïde de l'ovaire. 1° kyste bilatéral; 2° volumineux kyste développé chez une femme âgée. *Bull. Société anatomique*, 16 octobre 1896, p. 642.

Le premier cas se distingue par la bilatéralité des lésions et par

la situation médiane des kystes, l'un en avant, l'autre en arrière de l'utérus.

Le second concerne un kyste développé chez une femme de 57 ans et renfermant environ dix litres de liquide.

THORAX

Squirrhe à noyaux disséminés intra-mammaires. *Bull. Société anatomique*, 11 décembre 1896, p. 882.

Fibro-sarcome du tissu cellulaire sous-cutané de la paroi thoracique. *Bull. Société anatomique*, 13 novembre 1896, p. 758.

MEMBRES

Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. *Bull. Société anatomique*, 13 novembre 1896, p. 757.

Le fragment inférieur comprend l'épitrochlée, la trochlée et le condyle.

Fracture extra-capsulaire du fémur chez une femme de 76 ans, traitée par l'appareil d'Hennequin. *Bull. Société anatomique*, 9 avril 1897, p. 354.

Cette fracture qui, suivant la classification habituelle, devrait être rangée dans la variété des fractures mixtes, était en réalité extra-capsulaire puisque le foyer de fracture était séparé de l'articulation par les fibres récurrentes de la capsule.

Fracture sus et inter-condylienne du fémur traitée par l'appareil d'Hennequin. *Bull. Société anatomique*, 22 mai 1896, p. 379.

Nous avons pu constater à l'autopsie de ce malade, mort de broncho-pneumonie, que la réduction et la contention des fragments de la fracture étaient parfaites.

Enchondrome de la phalange et de la phalangine du petit doigt *Bull. Société anatomique*, 26 février 1897, p. 210.

Kyste hydatique de l'os iliaque et du fémur. *Bull. Société anatomique*, 29 janv. 1897 (fig. 6 et 7), p. 130.



FIG. 6.

Le fémur, devenu fragile, s'était fracturé à deux reprises.

Longtemps on avait cru à l'existence d'une coxalgie, et le diagnos-



Fig. 7.

tic exact ne fut posé qu'au moment d'une intervention sanglante.

Sarcome du fémur à marche aiguë avec fièvre. *Bull. Société anatomique*, 27 décembre 1895, p. 775.

L'évolution très rapide de ce sarcome et la coexistence de la fièvre firent penser à une ostéomyélite et pratiquer une incision libératrice qui détermina une hémorrhagie considérable.

Deux cas de sarcomatose généralisée, survenue rapidement après l'extirpation d'un sarcome des parties molles de la plante du pied et d'un sarcome de la peau de la cuisse. *Bull. Société anatomique*, 1er avril 1898.

La mort survint deux mois et demi et sept mois après l'intervention.

Autopsie d'un double pied bot varus équin d'un fœtus de 8 mois. (En collaboration avec M. Fernand Monod.) *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 18 oct. 1896, p. 1002.

La dissection de ce pied bot nous a montré qu'il s'agissait en somme d'une subluxation du scaphoïde sur l'astragale par exagération du varus physiologique. Cette luxation fut consécutive à une contracture des jambiers ou à une paralysie de leurs antagonistes. La moelle épinière présentait des lésions très nettes.

Cette subluxation avait déterminé, au niveau de l'astragale surtout, des déformations osseuses telles que la réduction n'aurait pu être obtenue qu'à l'aide d'une opération s'attaquant au squelette ou aux ligaments.

Collaboration aux *Annales de médecine* (1895) et à la *Revue des sciences médicales* (1897 et 1898).

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE